

**QUADRO 2 – SITUAZIONE DI FAMIGLIA.**

| COMPOSIZIONE FAMILIARE |           |                 | SITUAZIONE PROFESSIONALE e/o PENSIONISTICA |                 | ALTRE ENTRATE        | ISEE | TOTALE |
|------------------------|-----------|-----------------|--|-----------------|----------------------|------|--------|
| nome                   | parentela | Data di nascita | Tipo di attività                           | Entrata mensile | (as. ASS. CIV. I.A.) |      |        |
| 1                      |           |                 |  |                 |                      |      |        |
| 2                      |           |                 |  |                 |                      |      |        |
| 3                      |           |                 |  |                 |                      |      |        |
| 4                      |           |                 |  |                 |                      |      |        |
| 5                      |           |                 |  |                 |                      |      |        |
| 6                      |           |                 |  |                 |                      |      |        |
| 7                      |           |                 |  |                 |                      |      |        |
| 8                      |           |                 |  |                 |                      |      |        |

\* Il richiedente è tenuto a riportare le cifre di cui alla dichiarazione allegata

**QUADRO 3 – PARENTI OBBLIGATI**

Nomi degli altri parenti non conviventi tenuti per legge alla corresponsione degli alimenti (coniuge, figli, nipoti, genitori, nonni, genere, nuore, suoceri, fratelli) e le loro generalità, dimora e condizioni economiche:

| NOME/ COGNOME | DATA DI NASCITA E LUOGO | PROFESSIONE | RESIDENZA | NOTE (ISEE) |
|---------------|-------------------------|-------------|-----------|-------------|
|               |                         |             |           |             |
|               |                         |             |           |             |
|               |                         |             |           |             |
|               |                         |             |           |             |

**QUADRO 4 – SITUAZIONE SANITARIA**

Membri del nucleo affetti da malattie gravi, croniche, inabilità: nome del familiare; tipo, causa e data di inizio della malattia e della inabilità; cure particolari di cui eventualmente abbisogna; costo medio mensile a carico della famiglia:

.....

.....

.....

.....

.....

